ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 18-19 (136-137). Rocznik IV. | Kraków, 6. 6. 1943 r.

Redaktor: Dr. med. Max Seyffert, Krakau, Albrechtstr. 11 a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Krakau, Albrechtstr. 11 a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Krakau, Albrechtstraße 11 a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Krakau, Adolf-Hitler-Platz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Krakau, — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie", Krakau, Albrechtstr. 11 a, lub do Oddziału Warszawskiego, Warszawa, Koszykowa 37 (Okręgowa Izba Zdrowia). Rękopisy nadsyłać można bądź to w języku polskim, bądź to niemieckim. Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer. Krakau, Albrechtstr. 11 a.

Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

TREŚĆ:

Wskazówki dla lekarzy celem zwalczania duru

Nowo opracowane w Urzędzie Zdrowia Rzeszy.
Przedruk z „Reichsgesundheitsblatt" 1943 Nr 12, str. 179.

1. Istota i przyczyna duru.

Dur (oznaczany także jako dur brzuszny, *Typhus abdominalis)* jest to choroba zaraźliwa, która może występować zarówno w postaci zachorowań pojedyńczych, jak też i epidemij. Zarazkiem jest prątek durowy *(bacillus typhi* Eberth-Gaffky).

Pomimo swego naogół charakterystycznego przebiegu dur bywa wielokrotnie rozpoznany nie należycie wcześnie, albo uważany za gorączkę gastryczną lub nerwową, a przez to wymyka się możliwość jego energicznego zwalczania. Jednakże wskutek szkód zdrowotnych i gospodarczych, jakie pociągają za sobą zachorowania durowe, zwłaszcza epidemie durowe, jest rzeczą niezbędnie wymaganą, aby każde zachorowanie i każdy przypadek śmierci na dur, jak również każdy przypadek zachorowania lub śmierci podejrzany o dur, bez zwłoki podawano do wiadomości władz. Współdziałanie przy tym jest wdzięcznym zadaniem dla lekarzy.

2. Występowanie.

Roczna liczba zachorowań na dur w Rzeszy szybko spadła. W latach 1925 i 1926 wynosiła ona jeszcze okrągło 12 tysięcy, podczas gdy od roku 1935 wynosi ona tylko okrągło 3000. Podczas gdy wybuch pierwszej wojny światowej pociągnał za sobą szybki wzrost liczby zachorowań na dur, po wybuchu wojny w r. 1939 zanotowano tylko nieznaczne zwiększenie przypadków duru. Na dawnym obszarze Rzeszy osiągnięto w r. 1938 dotychczas najniższy stan z 2 733 zachorowań; w r. 1940 naliczono 3 030 zachorowań. Natomiast z rozszerzeniem Rzeszy na Wschód weszły do Rzeszy grupy ludnościowe ze znacznym rozpowszechnieniem duru. Tak w r. 1940 w okręgach Rzeszy alpejskich i naddunajskich oraz w kraju sudeckim zgłoszono 1452 przypadki duru, w okręgach regencyjnych Ciechanów i Katowice 1462 przypadki duru, w okręgach Rzeszy Gdańsk, Prusy Wschodnie i kraju Warty zgłoszono 2595 przypadków, tak że dla całego obszaru wielko-niemieckiego naliczono 8 539 zachorowań na dur. W r. 1941 liczba dla obszaru wielko-niemieckiego spadła na 7526.

Śmiertelność duru wynosiła w ostatnich latach od 10—13% zachorowań.

3. Rozpowszechnianie i przenoszenie.

Przenoszenie następuje drogą bezpośredniego kontaktu od człowieka do człowieka, albo za pośrednictwem zakażonych środków spożywczych. Także w ostatnim przypadku źródłem zakażenia jest zawsze ostatecznie człowiek zakażony durem.

Podczas ostrego zachorowania ze stolcem i moczem, w przypadkach zapalenia oskrzeli i płuc także z plwociną, ulegają wydaleniu prątki durowe, w stolcu i moczu nie rzadko tygodniami w ogromnych ilościach. W licznych przypadkach wydalanie utrzymuje się także po ustąpieniu gorączki. Wówczas następuje ono głównie ze stolcem, ale nie rzadko także z moczem. W przeważającej większości przypadków wydalanie ustaje po kilku tygodniach. Tam, gdzie nie skończyło się ono jeszcze po 3—6 miesiącach, należy się obawiać, że będzie się utrzymywało także nadal. Osoby, które wydalają

jeszcze prątki dłużej niż 10 tygodni po ustaniu gorączki oznacza się jako trwale wydalające zarazki.

Przy badaniach otoczenia i zapobiegawczych spotyka się nierzadko osoby pozornie zupełnie zdrowe, które przejściowo lub stale wydalają prątki durowe: są to tzw. nosiciele zarazków. Tego rodzaju osoby przeszły widocznie zakażenie durowe, wskutek jego lekkiego przebiegu nierozpoznane jako takie, albo zakażenie przebiegające zupełnie bezobjawowo, tak zw. zakażenie nieme.

Trwale wydalanie prątków durowych ze stolcem napotyka się u kobiet o wiele częściej niż u mężczyzn.

Osoby trwale wydalające zarazki i nosicieli zarazków oznacza się poniżej wspólnie jako osoby wydalające zarazki. Ich występowanie ma bardzo wielkie znaczenie epidemiologiczne. Stanowią one, chociaż nie najcięższe, to jednak najniebezpieczniejsze, gdyż najtrudniejsze do zwalczenia, źródła zakażenia, ponieważ dotyczące osoby często uchodzą za zupełnie zdrowe, a wielokrotnie odkrywa się je tylko przez szczęśliwy przypadek. Ich ujęcie utrudnione jest także przez to, że wydalanie zarazków może czasowo zaniknąć. Naturalnie jest to szczególnie niebezpieczne wówczas, gdy tego rodzaju osoby wydalające zarazki zatrudnione są w przemyśle spożywczym, w mleczarni lub w zakładach zaopatrywania w wodę. Częste występowanie zachorowań durowych w pewnych domach (t. zw. „domy durowe"), tłumaczy się zwykle tem, że jeden z mieszkańców jest osobą wydalającą zarazki, która coraz to zakaża współmieszkańców.

Zakażenie z reguły następuje przez to, że zarazki dostają się do ust, i dalej do jelita i do układu krążenia.

4. Obraz i przebieg choroby.

Okres wylęgania wynosi na ogół 8 do 21 dni, przeważnie około 14 dni, ale czasami także więcej, do blisko 4 tygodni. Wybuch zwykły poprzedzać zwiastuny, które polegają na bólu głowy, dreszczykach, braku apetytu i osłabieniu, a mogą trwać do 8 dni.

Choroba rozpoczyna się z reguły w sposób skradający się, złym samopoczuciem, dreszczykami i gorączką, wzmagającymi się bólami głowy, mianowicie czoła, bólami karku i kończyn, oraz wielkim znużeniem. Gorączka zwykła wzrastać stopniowo i 3-go do 5-go dnia osiągać punkt szczytowy. Częstość tętna jest nieznaczna w stosunku do gorączki (bradykardia względna). Odtąd gorączka zwykła utrzymywać się do końca drugiego tygodnia choroby na tej samej wysokości i wykazywać tylko nieznaczne wahania między 29° a 40,5°. Bóle głowy wzmagają się, stałe odurzenie, apatia; przychodzi utrzymująca się ospałość i bredzenie; tętno staje się przyśpieszone i dwubitne, skóra czerwienieje. Język z początkiem zachorowania jest suchy na grzbiecie, szaro-biało strupiasty, obłożony, na brzegach bocznych i na końcu uderzająco zaczerwieniony, („język durowy"). Zwykle istnieje wielkie pragnienie i przeważnie skłonność do biegunek, których jednakże czasami może być brak. Stolce często przybierają barwę grochówki. Charakterystyczne jest zachowanie się śledziony, która w większości przypadków nabrzmiewa i wówczas da się stwierdzić poniżej łuku żebrowego wypukowo i macaniem. W drugim tygodniu choroby występują często na skórze tułowia pojedyńcze okrągłe plamy czerwone, mniej więcej wielkości soczewicy, które pod naciskiem palca znikają, aby bardzo prędko pojawić się znowu *(roseola)*. Obok tych przypadków przebiegających typowo występują jednak przypadki duru, w których ten lub ów z podanych objawów nie jest wybitnie wyraźny albo w ogóle go brak.

Przy dobrej pielęgnacji w przypadkach przebiegających typowo występuje zwykle w 3 lub 4 tygodniu stopniowe zmniejszanie się wszystkich objawów. Gorączka opada stopniowo (w przypadkach typowych ze stromymi odchyleniami między ciepłotą poranną a wieczorną) i w ciągu 4 do 7 dni opada stopniowo do normy, a częściowo nawet na 1—3 dni trochę poniżej normy. Świadomość powraca; bóle głowy ustają; skóra wilgotnieje; biegunki ustępują; łaknienie zaczyna się wzmagać; z reguły występuje nawet gwałtowny głód. Po około 4 tygodniach trwania choroba przechodzi wówczas w wyzdrowienie.

W przypadkach, które przebiegają niekorzystnie, gorączka utrzymuje się; bóle głowy wzmagają się; nierzadko występują dzikie bredzenia; chory chudnie widocznie i w stanie wyczerpania ginie.

Często występują powikłania mniej lub więcej poważne. Bardzo niebezpieczne mogą być krwawienia pochodzące z owrzodzeń jelit. Wielokrotnie występują one zupełnie nagle i mogą być tak gwałtowne, że prowadzą do ciężkiej niedokrwistości lub do śmierci.

Przy wrzodach może też wyjątkowo dojść do przedziurawienia jelita z przyłączającym się zapaleniem otrzewnej *(peritonitis)*. Powikłania ze strony jelita powstają często wskutek błędów dietetycznych.

Z dalszych powikłań należałoby wymienić następujące: nieżyt oskrzeli, zapalenie płuc (dur płucny!), ropniak, sprawy kostne *(periostitis, osteomyelitis, ostitis* i inne), tworzenie się ropni na różnych częściach ciała (mięśnie, śledziona, nerki, mózg i inne), odleżyny, pęknięcie śledziony, *orchitis,* uszkodzenia wątroby, woreczka żółciowego, nerek i innych narządów. *Meningismus,* rzadziej właściwa *meningitis,* występuje najczęściej w trzecim tygodniu choroby. Mogą także wystąpić inne uszkodzenia układu nerwowego, jak np. *encephalitis, myelitis,* zapalenie nerwów i inne.

Serce i pozostałe narządy krążenia ulegają szczególnie często uszkodzeniu wskutek duru *(endocarditis,* zakrzepy żylne, obrzęki i inne). Najczęstszą przyczyną śmierci przy durze jest niewytrzymałość narządu krążenia.

Okolicznościowo dochodzi przed ostatecznym ustąpieniem gorączki do ponownego jej wzrostu. Takie nawroty są nierzadko natury poważniejszej, podczas gdy zdarzające się również ponowienia się (wzrost gorączki po jej całkowitym opadnięciu) przebiegają w większości dobrotliwie.

Istnieją przypadki duru, które istotnie różnią się

od zobrazowanych powyżej. Niektóre mogą przebiegać tak lekko, że chory nawet nie uważa za konieczne wezwać lekarza. Także i w tych przypadkach wybuch choroby poprzedzają złe samopoczucie i lekkie dreszczyki, ale sama choroba ogranicza się w istocie do złego samopoczucia, zaburzeń łaknienia i trawienia, jak również lekkiej gorączki. Objawy są często tak lekkie, że chory nie kładzie się do łóżka albo nawet może podołać swym zwykłym zajęciom. Ale właśnie te przypadki są szczególnie niebezpieczne dla ogółu wówczas, jeżeli chorzy, tak samo jak przy właściwym durze, wydzielają w swym stolcu i w swym moczu obfite ilości prątków durowych nie wiedząc, że przy ich złym stanie zdrowia rozchodzi się o zakaźne zarażenie durowe.

Zachorowania durowe w wieku dziecięcym wykazują często przebieg nietypowy.

Przebycie duru pozostawia długotrwałą odporność, często trwającą wiele lat, która albo jest zupełna, albo wyraża się przez to, że ponowne zachorowanie przebiega bardzo lekko.

5. Rozpoznanie choroby.

Poza objawami chorobowymi, wymienionymi poprzednio, na uwagę zasługują następujące czynniki rozpoznawcze: leukopenia ze względną limfocytozą, przesunięcie jądrowe w lewo i często zupełny brak eozynofilów; dodatni odczyn dwuazowy moczu; białkomocz; indykanuria; odczyn katalazowy stolca; względnie zwolniony odczyn opadania krwinek w obu pierwszych tygodniach choroby; kruczenie w okolicy kątniczej przy lekkim obmacywaniu.

Badanie bakteriologiczne: W każdym przypadku zachorowania podejrzanego o dur należy dla potwierdzenia rozpoznania spowodować bezwzględnie badanie bakteriologiczne stolca i moczu, jak również krwi chorego. Badanie bakteriologiczne treści dwunastnicy jak również nakłócie mostkowe dają często szczególnie niewątpliwe rezultaty. Podczas pierwszego tygodnia choroby dają się prawie regularnie stwierdzić prątki durowe we krwi, później stwierdza się je częściej w stolcu i moczu. We krwi występują w większości przypadków zlepniki charakterystyczne dla duru, których stwierdzenie (odczyn Grubera-Widala) prędko może wyjaśnić rozpoznanie w przypadkach wątpliwych. Dlatego też i w późniejszych okresach chorobowych, jak długo rozpoznanie jeszcze nie jest ustalone, należy zawsze przesyłać krew do badania. Surowica krwi, poczynając od drugiego tygodnia choroby, daje z reguły dodatni odczyn zlepny prątków durowych, przeważnie w rozcieńczeniu 1:200. Ale także uprzednie szczepienie ochronne przeciwdurowe może doprowadzić do wystąpienia zlepników. Na podstawie dodatniego wyniku odczynu Grubera-Widala często daje się ustalić rozpoznanie tyfusu następczo po wyzdrowieniu.

Nadsyłanie materiału do badań do urzędowych placówek badań bakteriologicznych odbywa się najlepiej pocztą listową. Przy tym należy używać naczyń do przesyłki, które dają się wsunąć w wydrążone drewienka i w zbiorniki blaszane, a które można otrzymać bezpłatnie w miejscach podanych do wiadomości przez władze (np. w Prusiech i Bawarii w aptekach).

W każdym przypadku przesyłki muszą być mocno zamknięte i zaopatrzone w czytelny adres, nazwisko i mieszkanie nadawcy, jak również dopisek: „uwaga, materiał do badania!".

Przy przewożeniu przesyłki jako paczki pocztowej należy ją nadać jako „paczkę pośpieszną".

Do każdej przesyłki należy dołączyć kartkę, na której zaznaczono: nazwisko, płeć, wiek i miejsce zamieszkania chorego, przypuszczalny rodzaj zachorowania, dzień początkowej choroby, dzień ewentualnej śmierci, czas pobrania materiału, nazwisko i miejsce zamieszkania lekarza, który pobrał materiał, oraz wskazanie, komu ma się zakomunikować wynik badania.

Materiał należy zapakować i wysłać bezpośrednio po pobraniu, ponieważ inaczej wynik badania staje się wątpliwy.

6. Leczenie.

Przy leczeniu należy uwzględnić przede wszystkim troskliwą pielęgnację chorego, celowe żywienie i wodolecznictwo. Chorego musi się utrzymywać w czystości, dobrze odżywiać, często zachęcać do picia, a dla zapobieżenia wrzodom odleżynowym często prześcielać jego łóżko. Usta i gardło należy oczyszczać troskliwie. Pożywienie winno być możliwie obfite w kalorie, ubogie w niedopały (płynno-papkowate) i lekkostrawne. Poczynając od trzeciego tygodnia choroby do około dwóch tygodni po całkowitym ustąpieniu gorączki, pożywienie winno być całkowicie płynne i podawane w małych porcjach.

Ważna jest troska o regularne wypróżnianie pęcherza moczowego i oddawanie stolca, a to ostatnie musi się podtrzymywać ewentualnie wlewami i łagodnymi środkami przeczyszczającymi.

Biegunki, krwotoki jelitowe i grożącą *peritonitis* należy leczyć w sposób zwykły. Przy leczeniu krwotoków jelitowych okazały się bardzo skuteczne przetaczania krwi, które przyczyniają się także do przestrojenia organizmu.

Bardzo istotne jest czuwanie nad krążeniem, które od 3-go tygodnia choroby jest bardzo zagrożone i jeszcze musi być obserwowane długi czas po ustąpieniu gorączki.

Leczenie duru kąpielami (codziennie 1—2 kąpieli trwających od 10—15 minut, ochładzanych z 32^0 do nie niżej niż 25^0) wytrzymało wyśmienicie próbę stosowania. Kąpiele są przeciwwskazane przy odurzeniu, osłabieniu serca, grożącym krwotoku lub przedziurawieniu jelita, *thrombophlebitis,* w starszym wieku i przy powikłaniach. Wówczas zależnie od okoliczności celowe są zimne obwijania, które zmienia się co 15 minut.

Zresztą leczenie musi się przeprowadzać objawowo.

7. Zapobieganie i zwalczanie.

Odosobnienie.

Należy zalecić z naciskiem odosobnianie nietylko wyraźnie chorych na dur, lecz również takich osób, które zachorowały wśród objawów nasuwających podejrzenie duru, oraz powierzyć je właściwej osobie pielęgnującej.

Ponieważ chorzy po swym klinicznym wyzdrowieniu mogą jeszcze przez pewien czas posiadać w swym ciele prątki durowe i oddawać je z wydalinami, winni oni pozostawać w odosobnieniu tak długo, dopóki ich wydaliny nie okażą się wolne od prątków durowych. Dlatego należy od dziesiątego dnia po ustaniu gorączki w odstępach 8-miodniowych przesyłać próby

stolca i moczu do placówki badań bakteriologicznych tak długo, dopóki co najmniej 3 razy pod rząd nie znajdzie się już więcej prątków durowych. Nadesłane próby należy zaopatrzeć osobnym napisem „badanie końcowe“. Jeżeli po upływie 10 tygodni, licząc od początku zachorowania, prątki ulegają jeszcze wydalaniu, to wprawdzie można znieść odosobnienie, ale wówczas dotyczące osoby należy traktować według postanowień o osobach wydalających zarazki duru.

Domownicy chorego wskutek długotrwałości choroby, często jej ciężkiego przebiegu i wielkiej możliwości zarażenia, przeważnie nie są w stanie pielęgnować go tak, ażeby chory wyzdrowiał, oraz aby uniknięto zakażenia. Z tego powodu wskazane jest przeniesienie chorych durowo i chorujących wśród objawów podejrzanych, do szpitala, gdzie zapewnione są najlepsza pielęgnacja i zaopatrzenie chorego oraz usunięcie niebezpieczeństwa zakażenia dla otoczenia. Jest to niezbędnie wymagane tam, gdzie mieszkanie jest za ciasne, rodzina za wielka, środki zbyt ograniczone lub gdzie należy się obawiać przeniesienia na szersze koła, jak w gospodach, piekarniach, zakładach wychowawczych, opiekuńczych, obozach jeńców itp., budynkach szkolnych, w miejscach sprzedaży mleka, jarzyn i innych środków żywności.

Jeżeli odosobnienie w mieszkaniu nie da się przeprowadzić bez zarzutu, lub według stwierdzenia urzędu zdrowia nie wykonuje się wydanych zarządzeń ochronnych, albo wskutek zachowania się chorego na dur, wzgl. chorującego wśród objawów nasuwających podejrzenie duru, istnieje niebezpieczeństwo rozszerzenia choroby, wówczas pomieszczenie w szpitalu lub w innym stosownym zakładzie może zarządzić na wniosek urzędu zdrowia miejscowa władza policyjna także przeciw woli zainteresowanego (wzgl., gdzie chodzi o dzieci, także przeciw woli rodziców) (§ 11 rozp. Ministra Spraw Wewnętrznych Rzeszy o zwalczaniu chorób zakaźnych z 1 grudnia 1937 r., Reichsgesetzblatt 1938 I. str. 1721).

(Ciąg dalszy nastąpi)

Nietylko środek spożywczy ale leczniczy

O wartości ziemniaków. — Najlepiej gotować nie obierane. — Papka ziemniaczana jako pokarm ochronny. — Sok z ziemniaków zamiast owocowego.

NSK Ziemniak, który sprowadzono w wieku XVII do Niemiec i którego uprawa początkowo odbywała się często tylko pod przymusem, stał się w toku stuleci najważniejszym środkiem spożywczym ogółu. Do tego przyczyniły się szczególnie jego wielostronne możliwości zastosowania w żywieniu, małe wymogi co do uprawy i pielęgnacji oraz obfitość ważnych substancyj odżywczych. Tak więc stał on się przede wszystkim tanim środkiem spożywczym, który posiada szczególnie wielkie znaczenie zwłaszcza przy napiętym położeniu żywnościowym — a więc w czasach, w których nie ma do rozporządzenia w zwykłej mierze innych środków spożywczych, jak mięsa, jaj, mleka, jarzyn, wszelakich owoców.

Dlatego też nauka zajęła się szczegółowo ziemniakiem. Z wyników niezliczonych badań da się wyciągnąć ważne wskazówki dla właściwego użytkowania ziemniaka przez człowieka zdrowego a także, co jeszcze nie jest ogólnie znane, przez człowieka chorego.

Ziemniak jest płodem zawierającym bardzo dużo wody. Zawartość wody oblicza się przeciętnie na około 75%, a więc odpowiednią substancję suchą na 25%. Około 3/4 tej substancji suchej stanowi skrobia, co już zawsze było powodem dla stosowania ziemniaka w żywieniu ludzi i zwierząt. Obok niej ziemniak zawiera inne węglowodany, jak np. różne rodzaje cukrów. Znana to rzecz, że ta zawartość cukru znacznie zwiększa się w niskiej temperaturze, a więc ziemniak nabiera posmaku słodkawego. Zresztą zauważono, że ziemniaki szybko zamrożone i stale trzymane w niskiej temperaturze nie miały smaku słodkiego. Dopiero przy dłuższym przebywaniu w ciepłocie około punktu zerowego tworzą się większe ilości cukru. Jeżeli takie ziemniaki, które stały się słodkie, przechowuje się kilka tygodni w ciepłych pomieszczeniach, wówczas zawartość cukru spada znowu do normy, a więc ziemniaki nadają się znowu do użytku. Niestety, to proste postępowanie jest prawie nieznane.

Szczególne znaczenie ma ziemniak w dostarczaniu witamin. Dowiedziono, że mianowicie w zimie i na wiosnę tylko ziemniak może zabezpieczyć dostateczne zaopatrzenie szerokich warstw ludności w witaminę C. Obok witaminy C znaleziono w ziemniaku jeszcze witaminę A, H, K jak również niektóre części witaminy B. Zresztą niecelowe składowanie i przygotowywanie wywierają bardzo szkodliwy wpływ na zawartość witamin. Tak np. zaraz po zbiorze wzgl. w początkach składowania daje się stwierdzić zmniejszenie zawartości witaminy C, która w lutym wynosi tylko jeszcze połowę, w czerwcu około 1/3 swej początkowej wartości. Także tajanie zmarzniętych ziemniaków związane jest z wielką utratą witaminy C.

Samo obieranie, które uskutecznia się na surowym ziemniaku, powoduje utratę ponad 25% ważnych substancyj odżywczych. Ponieważ zaś substancje te nie są równomiernie rozdzielone w bulwie, zmienia się też skład bulwy. Hasło: więcej ziemniaków w łupinach! służy więc nietylko celowi bardziej pełnego wyzyskania ziemniaka pod względem ilościowym, ale również zachowania ważnych substancyj odżywczych. Szczególnie ważne jest zachowanie się witaminy C w czasie przygotowywania potraw. Nie można dostatecznie podkreślić że długie gotowanie ziemniaków obranych niszczy prawie zupełnie zawartość witamin. Przy gotowaniu na parze strata już jest mniejsza, ale najmniejsza przy gotowaniu ziemniaków nieobieranych na parze. Zwłaszcza szkodliwe jest długie trzymanie w cieple lub odgrzewanie już ugotowanych ziemniaków. W ten sposób niszczy się ponad 85% zawartości witamin. Tak np. zupa ziemniaczana po 6 godzinach w ogóle nie zawiera już witamin C. Dlatego więc w zimie i na wczesną wiosnę zapotrzebowanie witamin osoby dorosłej będzie pokryte tylko wówczas,

jeżeli ziemniaki będzie się gotować, a jeszcze lepiej gotować na parze, nie obierane.

Przyjęcie wymaganej ilości dziennej ułatwia bardzo wielostronna możliwość zastosowania ziemniaka. Możemy je jeść w postaci solonych, w łupinach, krajanych w talarki lub paski, jako papkę, smażone lub pieczone, w zupach, sałatach i potrawach jednogarnkowych. Ostatnio dla użycia w potrawach suszy się ziemniaki w postaci płatków. Ale także suszenie jest związane z utratą zawartości witaminy C. Stąd też ziemniak suszony jest wprawdzie materiałem energetycznym, ale w zaopatrzeniu w witaminę C ma on tylko ograniczone znaczenie.

Ponieważ już wkrótce po wprowadzeniu ziemniaka do Europy zniknęły zachorowania na gnilec, występujące często epidemicznie, zwrócono uwagę także na lecznicze działałanie ziemniaka. Dokładne badania naukowe potwierdziły doświadczenia z czasów dawniejszych, ponieważ w międzyczasie dowiedziano się o zawartości substancji odżywczej w ziemniaku. Tak więc jest rzeczą naturalną, że ziemniaki polecano nieomal jako środek leczniczy lub uzupełnienie doń. Daje się je najchętniej w postaci najłatwiejszej do strawienia, papki ziemniaczanej. Jest ona stosowana przede wszystkim przy chorobach żołądka i jelit, ponieważ przez zmienny dodatek masła i sosów może być podawana w sposób smaczny i urozmaicony. Przy nieżytach żołądka, czerwonce, durze brzusznym, przy wrzodach żołądka, dawano ją z pomyślnym wynikiem jako pokarm ochronny. Także w żywieniu osesków i dzieci papka ziemniaczana odgrywa wielką rolę. Tak więc małemu dziecku w drugim roku życia obok papki jarzynowej podaje się dziennie około 150 g papki ziemniaczanej; starsze dzieci jedzą odpowiednio większe ilości. Także dla dziecka gorączkującego papka ziemniaczana, przygotowana z mlekiem, ale bez masła, jest najlepszą dietą.

Obok papki stosuje się też często sok wyciskany z ziemniaków. Mianowicie z ziemniaków świeżych, albo przechowywanych nie za długo, nie zmarzniętych lub odtajanych, daje się łatwo uzyskać sok bardzo bogaty w witaminę C, który wygodnie można sporządzić w każdym domu. Ziemniaków nie obiera się, lecz myje szczotką w zimnej wodzie, trze się na tarce na miazgę, którą wyciska się przez czyste płótno. Z 5 kg daje się uzyskać około dwa litry soku. Ponieważ zawartość witaminy C zmniejsza się przy dłuższym przechowywaniu, sok ten winno się spożyć możliwie tego samego dnia. Sok ten ma zresztą smak ostry i nieprzyjemny, wobec czego najlepiej go rozcieńczyć mlekiem i cukrem.

Wówczas oseski, małe dzieci i dzieci szkolne przyjmują go bez trudności, uzyskując przez to tanie źródło witaminy C zamiast soku owocowego. Ponieważ obok witaminy C zawiera on naturalnie także jeszcze inne ważne substancje odżywcze, można tylko zalecać jego stosowanie.

Wreszcie z sokiem tym poczyniono najlepsze doświadczenia przy nadkwasocie soku żołądkowego, oddał on także dobre usługi przy zaparciu i zaburzeniach trawienia. Przy regularnym spożywaniu od 300—500 cm^3 znikały już po pierwszych dniach uczucia palenia, kwaśne odbijania się, uczucie ucisku w dołku itd. Po ukończeniu około 14-dniowego leczenia następuje zupełny zanik dolegliwości i przybieranie na wadze. Ponieważ w żadnym przypadku nie zauważono szkodliwego działania ubocznego, nic nie stoi na przeszkodzie dalszemu stosowaniu tego środka leczniczego, który w każdym gospodarstwie można tanio uzyskać.

Ponieważ przeważnie ręce kobiety przygotowują ziemniaki do spożycia, ona to w pierwszym rzędzie powinna wziąć sobie do serca zdobycze wynikające z dokładnych badań ziemniaka i wyzyskiwać je. Jej zadaniem jest troszczyć się o to, aby przez właściwe zastosowanie i przygotowanie tego taniego i wychodzącego na zdrowie pożywienia i środka leczniczego zapewniono nam właśnie w czasie wojny pożywienie obfite w kalorie i witaminy.

Bekanntmachungen
und Verordnungen, die den Gesamtumfang der Gesundheitskammer betreffen

Regierung des Generalgouvernements
Hauptabteilung Gesundheitswesen
Der Leiter

Krakau, den 18. Mai 1943.

ANWEISUNG

Betr.: **Gewährsdauer für antitoxische Sera.**

(1) Entsprechend dem RdErl. d. RMdI. vom 6. 8. 1941 — IV g 2186/41 — 5540 — (MBliV. II S. 321) verlängere ich die Gewährsdauer für antitoxische Sera von 3 auf 5 Jahre.

(2) Das Staatliche Institut für Hygiene in Warschau ist ermächtigt, die antitoxischen Sera insoweit einer Überprüfung auf ihre Wertigkeit zu unterziehen, als ihre Laufzeit 3 Jahre überschreitet.

(3) Antitoxische Sera, deren Titer eine Abschwächung von mehr als 20% hat, sind aus dem Verkehr zu ziehen. Sie dürfen nur mit Angabe der geänderten Titer erneut in den Handel kommen.

Prof. Dr. Teitge

Obwieszczenia
i rozporządzenia dot. całokształtu Izby Zdrowia

Rząd Generalnego Gubernatorstwa
Główny Wydział Spraw Zdrowotnych
Kierownik

Kraków, dnia 18 maja 1943.

ZALECENIE

Dotyczy: **Okresu ważności surowic antytoksycznych.**

(1) Zgodnie z dekretem okólnym Ministra Spraw Wewnętrznych Rzeszy z 6. 8. 1941 — IV g 2186/41 — 5540 — (MBliV. II S. 321) przedłużam okres ważności surowic antytoksycznych z lat 3 na 5.

(2) Państwowy Zakład Higieny w Warszawie jest upoważniony do kontrolowania surowic antytoksycznych co do ich wartościowości o tyle, o ile ich czas obiegu przekracza 3 lata.

(3) Surowice antytoksyczne, których miano wykazuje zmniejszenie o więcej niż 20%, należy wycofać z obiegu. Wolno je wprowadzać ponownie do handlu tylko z podaniem zmienionego miana.

Prof. Dr. Teitge

Gesundheitskammer
im Generalgouvernement

K r a k a u, den 26. Mai 1943.

RUNDSCHREIBEN Nr. 75

Betr.: **Bevorzugte Belieferung von Deutschen mit Dentalartikeln und med. Instrumenten.**

Sämtliche Großhandlungen medizinischer Instrumente und Dentaldepots haben nach einer Anordnung des Leiters der Hauptabteilung Gesundheitswesen, Prof. Dr. Teitge, bevorzugt zu beliefern:

1) Deutsche Ärzte, Zahnärzte und Dentisten, sowie deutsche Krankenkassen und andere deutsche Dienststellen,

2) Eisenbahn, Post Rüstungsbetriebe und wehrwirtschaftliche Unternehmungen, soweit diese im Besitze von Ambulatorien oder Zahnstationen sind,

3) Sozialversicherungskassen.

Erst nach Bedarfsdeckung dieser Stellen kann über den Rest der Ware verfügt werden, jedoch nur mit vorheriger Bedarfsbestätigung des Gouverneurs des Distrikts, Abt. Gesundheitswesen — Unterabteilung Apotheken- und Arzneimittelwesen.

Ich gebe dies allen Ärzten, Zahnärzten und Dentisten bekannt. Zuwiderhandlungen bitte ich der Kammer mitzuteilen.

Geschäftsführende Leiter:
Dr. Seyffert

Izba Zdrowia
w Generalnym Gubernatorstwie

K r a k ó w, dnia 26 maja 1943.

OKÓLNIK Nr 75.

Dotyczy: **pierwszeństwa w zaopatrywaniu Niemców w artykuły dentystyczne i instrumenty lekarskie.**

Wszystkie hurtownie instrumentów medycznych i składy dentystyczne winny na zarządzenie Kierownika Głównego Wydziału Spraw Zdrowotnych Prof. Dr. Teitgego dawać pierwszeństwo w dostawach:

1) niemieckim lekarzom, lekarzom-dentystom i dentystom, jak również niemieckim kasom chorych i innym placówkom niemieckim,

2) kolei, poczcie, zakładom zbrojeniowym i przedsiębiorstwom gospodarki wojennej, o ile one posiadają ambulatoria lub przychodnie dentystyczne,

3) ubezpieczalniom społecznym.

Dopiero po pokryciu zapotrzebowania tych instytucyj można rozporządzić pozostałym towarem, jednakże tylko za uprzednim potwierdzeniem zapotrzebowania przez Gubernatora Okręgu, Wydział Spraw Zdrowotnych — Podwydział Spraw Aptekarskich i Środków Leczniczych.

Niniejsze podaję do wiadomości wszystkich lekarzy, lekarzy-dentystów i dentystów. O wykroczeniach przeciw powyższemu proszę donosić Izbie Zdrowia.

p. o. Kierownika:
Dr. Seyffert

NIEDZIELNE DYŻURY LEKARSKIE W KRAKOWIE
na dzień 13 czerwca 1943.

Lekarze ogólni:
Dr. Sojka Jan, Łagiewniki, Ogrodowa 456
Dr. Starzyński Sławomir, Łobzowska 7
Dr. Stęszewski Czesław, Ostring 8
Lek. Stein Bolesław, Wrzesińska 11
Dr. Stobiecki Adam, Długa 4
Lek. Sudolski Wiesław, Pańska 5
Lek. Surdacki Aleksander, Chłopickiego 18

Lekarze chorób kobiecych:
Dr. Malinowski Marian, Starowiślna 17
Dr. Mastalski Marian, Zwierzyniecka 7
Dr. Michniewicz Tadeusz, Ostring 12

Lekarze chorób dziecięcych:
Dr. Gradzińska Michalina, Starowiślna 20
Dr. Jaskulska Justyna, Mogilska 16

Chirurdzy:
Dr. Nowicki Stanisław, Piłsudskiego 34
Dr. Pawlicki Władysław, Kalwaryjska 6

Dermatolog:
Dr. Oszast Zbigniew, Św. Tomasza 29

Neurolog:
Lek. Gérard de Festenburg Eryka — Siemiradzkiego 12

Lekarze-Dentyści:
Dr. Buzek-Fiałkowska Maria, Dietla 113
Lek. Jabłońska-Kochańska Maria, Stradom 14
Lek. Jakowicka Maria, Starowiślna 70
Lek. Till Jadwiga, Pl. Dominikański 1
Lek. Szybist Antoniewicz Halina, Rakowicka 4
Lek. Wojnarowska Emilia, Zielona 22/2

Uprawniony technik dentystyczny:
Langer Stanisław, Zwierzyniecka 15

NIEDZIELNE DYŻURY LEKARSKIE W KRAKOWIE
na dzień 14 czerwca 1943.

Lekarze ogólni:
Dr Rueger Henryk, Augustiańska 10
Lek. Rydel Jan, Rzeszowska 8
Dr. Sidorowicz Wacław, Stradomska 17
Dr. Siedlecki Feliks, Św. Marka 8
Dr. Sikorski Stanisław, Św. Gertrudy 17
Lek. Simon Anna, Długa 62
Lek. Skimina Jan, Kochanowskiego 28

Lekarze chorób kobiecych:
Dr. Kwaśniewski Bolesław, Dietla 66
Lek. Lewicka Wanda, Smoleńsk 10
Dr. Łabużek Kajetan, Szewska 4

Lekarze chorób dziecięcych:
Dr. Godlewski Wacław, Sereno Fenna 10
Dr. Gołąb Jan, Zyblikiewicza 5

Chirurdzy:
Dr. Lelusz-Lachowicz Zygmunt, Floriańska 31
Dr. Nowak Marian, Krakowska 21

Dermatolog:
Lek. Primus Władysław, Sobieskiego 17

Neurolog:
Dr. Czarniecki Feliks, Salwator, Ks. Józefa 49

Lekarze-Dentyści:
Dr. Wydra Wojciech, Grodzka 29
Lek. Aumüller Irena, Bronowicka 37
Lek. Jarema-Łukomska Helena, Karmelicka 23
Lek. Garbień Jadwiga, Pl. Groble 17
Lek. Wojnarowski Roman, Zielona 22/2

Uprawniony technik dentystyczny:
Wiśniewski Czesław, Św. Marka 20.

Druk: Z. K. W. Kraków, Universitätsstraße 19a